



IV-Stelle Nidwalden  
Stansstaderstrasse 88  
6371 Stans

## Ermächtigung

---

### Auskunft und Akteneinsicht

Hiermit ermächtige ich,

Name, Vorname .....

NNSS-Nummer ..... Geburtsdatum .....

Adresse .....

Postleitzahl/Ort ..... Telefonnummer .....

die

IV-Stelle Nidwalden  
Stansstaderstrasse 88  
6371 Stans  
inkl. den regionalen ärztlichen Dienst (RAD)

sämtliche mich betreffenden IV-Akten der nachstehend aufgeführten Person/Institution zur Einsichtnahme zuzustellen und ihr mündlich oder schriftlich die gewünschten Auskünfte zu erteilen:

Name/Firma .....

Adresse .....

Postleitzahl/Ort ..... Telefonnummer .....

Diese Ermächtigung ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der versicherten Person

Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich,  
muss ein entsprechendes Arzteugnis beigelegt werden.